

BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ
LAO TIỀM ẨN

NỘI DUNG TRÌNH BÀY

2

1. Chẩn đoán lao tiềm ẩn
2. Phác đồ điều trị Lao tiềm ẩn
3. Quản lý điều trị lao tiềm ẩn
4. Điều trị lao tiềm ẩn cho một số trường hợp đặc biệt

MỤC TIÊU HỌC TẬP

3

Hiểu biết về các phác đồ điều trị, quy trình quản lý điều trị, cách đánh giá kết quả điều trị và cách quản lý điều trị với một số trường hợp đặc biệt

CHẨN ĐOÁN LAO TIỀM ẨN

4

1. Xét nghiệm Mantoux hoặc IGRAs dương tính (trẻ tiếp xúc dưới 5 tuổi và người có HIV)
2. Loại trừ được mắc lao hoạt động qua khám lâm sàng, XQ phổi, xét nghiệm đờm hoặc dấu hiệu bất thường ở các cơ quan ngoài phổi nghi lao.

Chỉ điều trị lao tiềm ẩn khi đủ 2 yếu tố để tránh việc điều trị không đầy đủ dẫn tới kháng thuốc.

Phân biệt nhiễm lao tiềm ẩn và bệnh lao

5

Lao tiềm ẩn	Bệnh lao (hoạt động)
Không có các triệu chứng lâm sàng của bệnh lao	Có thể có các triệu chứng lâm sàng của bệnh lao bao gồm: sốt, ho khạc kéo dài, đau ngực, gầy sút cân, ra mồ hôi đêm, ho máu, hoặc có dấu hiệu của lao ngoài phổi.
Xét nghiệm Mantoux hoặc IGRA thường dương tính	Xét nghiệm Mantoux hoặc IGRA thường dương tính, tuy nhiên âm tính cũng không loại trừ.
Phim chụp XQ ngực bình thường hoặc có hình ảnh tổn thương cũ, cố định	Phim chụp XQ thường có hình ảnh bất thường thâm nhiễm, nốt, xơ, hang,...
Xét nghiệm vi khuẩn lao âm tính (VD: soi đờm trực tiếp, Xpert, nuôi cấy, ...)	Xét nghiệm vi khuẩn lao thường dương tính (soi trực tiếp, cấy, Xpert, ...), tuy nhiên âm tính cũng không loại trừ.
Không lây truyền vi khuẩn lao cho người khác	Người bệnh lao phổi có thể lây truyền vi khuẩn lao cho người khác
Cần điều trị lao tiềm ẩn để giảm nguy cơ phát triển thành bệnh lao	Cần xác định tình trạng kháng thuốc và điều trị phác đồ lao phù hợp

Loại trừ mắc lao hoạt động

6

- Với người có HIV: căn cứ vào tập hợp 4 triệu chứng: ho, sốt, ra mồ hôi đêm và sút cân hoặc trẻ không tăng cân để loại trừ lao hoạt động. Nếu không có cả 4 triệu chứng trên thì hiện tại coi là không mắc lao hoạt động.
- Đối với những người tiếp xúc hộ gia đình có BN lao phổi cần loại trừ lao bằng khám lâm sàng và chụp Xquang phổi và những thăm dò cần thiết khác (*Hướng dẫn Chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao ban hành theo quyết định 1314/QĐ-BYT ngày 24/3/2020*).

Phác đồ điều trị LTA

7

- Bác sĩ cần chọn và chỉ định phác đồ điều trị lao tiềm ẩn thích hợp cho từng BN dựa vào:
 - ▣ Kết quả kháng sinh đồ của BN lao định hướng (nếu có)
 - ▣ Các bệnh đồng mắc
 - ▣ Khả năng tương tác thuốc-thuốc
 - ▣ Tình trạng dị ứng thuốc hoặc phản ứng với thuốc
 - ▣ Tình trạng thai nghén

Phác đồ điều trị LTA

8

Phác đồ 9H

- ▣ Hướng dẫn: Điều trị hàng ngày bằng Isoniazid trong 9 tháng
- ▣ Chỉ định: người lớn nhiễm lao tiềm ẩn
- ▣ Chống chỉ định:
 - Quá mẫn với các thành phần của thuốc
 - Bệnh gan cấp hoặc mạn tính có tăng men gan hoặc có bằng chứng rối loạn chức năng gan như vàng da...
 - Nhiễm chủng vi khuẩn lao nghi ngờ hoặc khẳng định kháng H
 - Viêm đa dây thần kinh
- ▣ Liều lượng:
 - 5mg/kg cân nặng/ ngày
 - Liều tối đa/ ngày là 300mg

Phác đồ điều trị LTA

9

Phác đồ 6H

- ▣ Hướng dẫn: Điều trị hàng ngày bằng Isoniazid trong thời gian 6 tháng
- ▣ Chỉ định: trẻ em (dưới 15 tuổi) nhiễm lao tiềm ẩn
- ▣ Chống chỉ định:
 - Quá mẫn với các thành phần của thuốc
 - Bệnh gan cấp hoặc mạn tính có tăng men gan hoặc có bằng chứng rối loạn chức năng gan như vàng da...
 - Nhiễm chủng vi khuẩn lao nghi ngờ hoặc khẳng định kháng H
 - Viêm đa dây thần kinh
- ▣ Liều lượng:
 - 10mg/kg cân nặng/ ngày
 - Liều tối đa/ ngày là 300mg

Phác đồ điều trị LTA

10

Phác đồ 3RH

- ▣ Hướng dẫn: Điều trị hàng ngày bằng Isoniazid và Rifampicin trong thời gian 3 tháng.
- ▣ Chỉ định:
 - Người lớn và trẻ em (dưới 15 tuổi) nhiễm lao tiềm ẩn.
 - Chỉ định thận trọng với người nhiễm HIV đang điều trị ARV (tránh tương tác thuốc)
- ▣ Chống chỉ định:
 - BN nhiễm chủng vi khuẩn lao nghi ngờ hoặc khẳng định kháng R hoặc H.
 - Quá mẫn nặng với các thành phần của thuốc.
 - Bệnh gan cấp hoặc mạn tính có tăng men gan hoặc có bằng chứng rối loạn chức năng gan như vàng da... hoặc có tiền sử tổn thương gan do R hoặc H.
 - Rối loạn chuyển hóa Porphyrin.
 - Viêm đa dây thần kinh

Phác đồ điều trị LTA

11

Phác đồ 3RH (tiếp)

▣ Tương tác thuốc:

- Cần lưu ý khi sử dụng RIF cho người nhiễm HIV đang điều trị ARV. **Trao đổi, hội chẩn với chuyên gia chương trình HIV/AIDS trước khi cho chỉ định điều trị.** Phần lớn các thuốc ức chế men Protease và Delavirdine không nên sử dụng cùng lúc với RIF.
- RIF có thể làm giảm tác dụng của các thuốc tránh thai, BN sử dụng RIF nên được tư vấn sử dụng các biện pháp tránh thai phù hợp.
- RIF có thể tương tác với các thuốc chống đông, thuốc sử dụng trong cấy ghép tạng, thuốc chống tiểu đường, thuốc điều trị tăng huyết áp.
- BN cần thông báo với thầy thuốc các thuốc đang sử dụng để xem xét có tương tác thuốc hay không.

▣ Liều lượng:

- Rifampicine: Người lớn 10mg/kg cân nặng/ ngày
Trẻ em: 15mg/kg cân nặng/ ngày
- Isoniazid: Người lớn 5mg/kg cân nặng/ ngày
Trẻ em: 10mg/kg cân nặng/ ngày
- Liều tối đa/ ngày: Rifampicine: 600 mg
Isoniazid: 300 mg

Phác đồ điều trị LTA

12

Phác đồ 3HP

- Hướng dẫn: Điều trị hàng tuần bằng Isoniazid và Rifapentin trong thời gian 12 tuần (12 liều)
- Chỉ định:
 - Người lớn và trẻ em từ 2 tuổi trở lên nhiễm lao tiềm ẩn
 - Chỉ định thận trọng với người nhiễm HIV đang điều trị ARV (tránh tương tác thuốc)
- Chống chỉ định:
 - Trẻ em dưới 2 tuổi
 - Người nhiễm chủng vi khuẩn lao nghi ngờ hoặc kháng định kháng R hoặc H
 - Phụ nữ mang thai hoặc dự định mang thai trong thời gian điều trị
 - Mẫn cảm hoặc không dung nạp với các thành phần của thuốc
 - Bệnh gan cấp hoặc mạn tính có tăng men gan hoặc có bằng chứng rối loạn chức năng gan như vàng da...hoặc có tiền sử tổn thương gan do R hoặc H
 - Viêm đa dây thần kinh

Phác đồ điều trị LTA

13

Phác đồ 3HP (tiếp)

- ▣ Tương tác thuốc:

- **Trao đổi, hội chẩn với chuyên gia chương trình HIV/AIDS trước khi cho chỉ định điều trị Rifapentine cho người nhiễm HIV đang điều trị ARV.** Các thuốc ức chế men Protease và Nevirapine không nên dùng cùng lúc với Rifapentine. Phác đồ 3HP có thể sử dụng an toàn với Efavirenz hoặc Raltegravir mà không cần điều chỉnh liều.
- Rifapentine có thể làm giảm tác dụng của các thuốc tránh thai, BN nên được tư vấn sử dụng các biện pháp tránh thai phù hợp
- Thông báo với thầy thuốc các thuốc đang sử dụng để xem xét tương tác thuốc

- ▣ **Liều lượng:**

- Isoniazid: Người ≥ 12 tuổi, 15mg/kg cân nặng/ tuần
Trẻ 2-11 tuổi: 25mg/kg cân nặng/ tuần

- Rifapentin:
 - 10.0–14.0 kg = 300 mg
 - 14.1–25.0 kg = 450 mg
 - 25.1–32.0 kg = 600 mg
 - 32.1–50.0 kg = 750 mg
 - > 50 kg = 900 mg

- Liều tối đa/ tuần: Rifapentine: 900 mg
Isoniazid: 900 mg

Phác đồ điều trị LTA

14

Phác đồ 3HP (tiếp)

Lưu ý:

- Khoảng 4% BN có thể xuất hiện các triệu chứng giống bị cúm, sốt, đau đầu, chóng mặt, buồn nôn, đau cơ và đau xương, nổi mẩn, ngứa, mắt đỏ, các triệu chứng này thường xuất hiện sau khi BN uống liều thuốc thứ 3 hoặc thứ 4 và thường xuất hiện 4 giờ sau khi uống thuốc.
- Một số ít trường hợp BN có thể xuất hiện tụt huyết áp, ngất xỉu do tụt huyết áp (khoảng 2 người/ 1000 trường hợp điều trị). BN cần tới gặp nhân viên y tế khi có các tác dụng phụ của thuốc để có hướng xử trí phù hợp. Nếu không gặp được nhân viên y tế ngay, BN có thể dừng thuốc cho tới khi gặp và có tư vấn, điều trị từ nhân viên y tế.
- Các liều HP tốt nhất nên dùng cách nhau 7 ngày (hàng tuần), khoảng cách tối thiểu giữa 2 liều thuốc không được dưới 72 giờ. Trong vòng 18 ngày số liều thuốc tối đa được uống là 3 liều.

Các phản ứng có hại của thuốc phác đồ 3HP

Thuốc	Có thể gặp	Hiếm gặp
Isoniazid	• Tăng men gan không có triệu chứng: 10-20% • Viêm gan: 0.1% • Bệnh lý thần kinh ngoại biên (tê bì, đau chi): 0.2% • Phát ban da • Mệt mỏi, khó ngủ	• Co giật • Bệnh do thiếu vitamin B3 (phát ban, tiêu chảy, thay đổi tâm lý) – dễ gặp hơn ở người uống nhiều rượu, có chế độ ăn nghèo nàn) • Đau khớp • Thiếu máu • Phản ứng tự miễn kiểu lupus
Rifapentine	• Phản ứng dạ dày-ruột (đau bụng, buồn nôn, nôn) • Quá mẫn (hội chứng giả cúm, thường nhẹ và hết trong vòng 24 giờ): 3.5% • Viêm gan • Thay đổi màu các dịch cơ thể	• Hạ huyết áp/ngất xỉu (hết khi ngừng thuốc, không ảnh hưởng lâu dài) • Giảm bạch cầu, hồng cầu máu • Chán ăn • Tăng bilirubin máu

Các phản ứng có hại của thuốc 3HP & cách xử trí

Phản ứng có hại	Ngưng thuốc tạm thời, điều trị triệu chứng	Ngưng thuốc và không sử dụng lại
Triệu chứng giống cảm cúm (<i>Sốt, lạnh, mệt, nhức đầu, chóng mặt, đau nhức xương</i>)	Nếu triệu chứng nhẹ và không nặng hơn, tiếp tục điều trị và theo dõi sát	Nếu triệu chứng ở mức trung bình hay nặng, cân nhắc thay đổi lựa chọn không có thuốc nhóm Rifamycin (VD: thay bằng phác đồ INH đơn thuần)
Sốt liên quan đến thuốc	- Nếu sốt giảm $< 39^{\circ}\text{C}$, có thể tiếp tục điều trị và theo dõi sát. - Ngưng thuốc hẳn nếu sốt tái lại	Nếu sau liều thuốc trước bị sốt và xác định có liên quan đến thuốc của phác đồ 3HP, và sốt lại $> 39^{\circ}\text{C}$ ở liều thuốc sau
Buồn nôn, nôn và/hoặc tiêu chảy liên tục	- Dùng các thuốc chống nôn và tiêu chảy - Cân nhắc điều trị tiếp 3HP nhưng theo dõi sát kể cả khi đã hết các triệu chứng	Nếu các triệu chứng này nặng ở mức độ cần phải bồi phụ nước điện giải tích cực

Các phản ứng có hại của thuốc 3HP & cách xử trí

Phản ứng có hại	Ngưng thuốc tạm thời, điều trị triệu chứng	Ngưng thuốc và không sử dụng lại
Phản ứng da	- Hồng ban lan tỏa (không bóng nước) - Hồng ban lan tỏa, ít bóng nước nhỏ	Nhiều sang thương bóng nước, loét niêm mạc, HC Stevens Johnson hay Hoại tử thượng bì nhiễm độc. Liên hệ BS CK và corticoid
Phản ứng quá mẫn khác (<i>Tụt HA, co thắt PQ, viêm kết mạc, giảm TC</i>)	- Đánh giá mức độ nặng. - Nếu nặng, cân nhắc lựa chọn phác đồ không có rifamycin (VD: dùng phác đồ INH đơn thuần)	
Viêm gan (<i>Triệu chứng sớm: yếu, mệt, chán ăn, buồn nôn kéo dài</i>)	Men gan (ALT/AST) tăng <5 lần giới hạn cao của giá trị bình thường (GHCGTBT)	- Men gan (ALT/AST) ≥ 5 lần GHCGTBT và không có triệu chứng - Men gan (ALT/AST) ≥ 3 lần GHCGTBT và có triệu chứng
Loạn thần	- Đánh giá tình trạng - Chỉ định thuốc chống loạn thần và vitamin B6	Nếu nguyên nhân có thể do INH
Co giật	Ngưng INH cho đến khi xử trí xong co giật, đánh giá nguyên nhân	Nếu nguyên nhân có thể do INH

Xử trí khi người bệnh quên uống liều hằng tuần

Số liều quên	Xử trí
Quên 1 liều	• ≤2 ngày: uống ngay liều quên, tiếp tục theo lịch uống thuốc cũ • > 2 ngày: uống ngay liều quên, điều chỉnh lại lịch uống thuốc tuần kể từ ngày uống liều đã bị quên (khoảng cách uống 2 liều thuốc tuần tối thiểu >72 giờ)
Quên > 1 liều	• 1-3 liều: tiếp tục uống kéo dài không quá 16 tuần • ≥4 liều: cân nhắc điều trị lại từ đầu • Nếu BN không có khả năng tuân thủ phác đồ 3HP: xem xét ngừng phác đồ 3HP và dùng phác đồ khác

Chú ý: ngoài việc hướng dẫn BN uống thuốc, cần tìm hiểu nguyên nhân quên thuốc (Ví dụ: do phản ứng bất lợi của thuốc, bận việc, nhập viện vì bệnh lý khác...) và tìm cách khắc phục kịp thời

Các tình huống tuân thủ điều trị

1. BN uống đủ 12 liều trong 12 tuần liên tục theo lịch dự kiến

Tuần	Thứ Hai	Thứ Ba	Thứ Tư	Thứ Năm	Thứ Sáu	Thứ Bảy	Chủ Nhật
1	28/1	29	30	31	1/2	2	3
2	4	5	6	7	8	9	10
3	11	12	13	14	15	16	17
4	18	19	20	21	22	23	24
5	25	26	27	28	1/3	2	3
6	4	5	6	7	8	9	10
7	11	12	13	14	15	16	17
8	18	19	20	21	22	23	24
9	25	26	27	28	29	30	31
10	1/4	2	3	4	5	6	7
11	8	9	10	11	12	13	14
12	15	16	17	18	19	20	21

2. BN quên 1 liều, không cần điều chỉnh lịch uống thuốc, uống đủ 12 liều trong 12 tuần

Tuần	Thứ Hai	Thứ Ba	Thứ Tư	Thứ Năm	Thứ Sáu	Thứ Bảy	Chủ Nhật
1	28/1	29	30	31	1/2	2	3
2	4	5	6	7	8	9	10
3	11	12	13	14	15	16	17
4	18	19	20	21	22	23	24
5	25	26	27	28	1/3	2	3
6	4	5	6	7	8	9	10
7	11	12	13	14	15	16	17
8	18	19	20	21	22	23	24
9	25	26	27	28	29	30	31
10	1/4	2	3	4	5	6	7
11	8	9	10	11	12	13	14
12	15	16	17	18	19	20	21

3. BN quên 1 liều, điều chỉnh lịch uống thuốc 1 lần, đủ 12 liều trong 12 tuần

Tuần	Thứ Hai	Thứ Ba	Thứ Tư	Thứ Năm	Thứ Sáu	Thứ Bảy	Chủ Nhật
1	28/1	29	30	31	1/2	2	3
2	4	5	6	7	8	9	10
3	11	12	13	14	15	16	17
4	18	19	20	21	22	23	24
5	25	26	27	28	1/3	2	3
6	4	5	6	7	8	9	10
7	11	12	13	14	15	16	17
8	18	19	20	21	22	23	24
9	25	26	27	28	29	30	31
10	1/4	2	3	4	5	6	7
11	8	9	10	11	12	13	14
12	15	16	17	18	19	20	21

4. BN quên 3 liều, điều chỉnh lịch uống thuốc 2 lần, đủ 12 liều trong 13 tuần

Tuần	Thứ Hai	Thứ Ba	Thứ Tư	Thứ Năm	Thứ Sáu	Thứ Bảy	Chủ Nhật
1	28/1	29	30	31	1/2	2	3
2	4	5	6	7	8	9	10
3	11	12	13	14	15	16	17
4	18	19	20	21	22	23	24
5	25	26	27	28	1/3	2	3
6	4	5	6	7	8	9	10
7	11	12	13	14	15	16	17
8	18	19	20	21	22	23	24
9	25	26	27	28	29	30	31
10	1/4	2	3	4	5	6	7
11	8	9	10	11	12	13	14
12	15	16	17	18	19	20	21
13	22	23	24	25	26	27	28
14	29	30	1/5	2	3	4	5
15	6	7	8	9	10	11	12
16	13	14	15	16	17	18	19

5. BN quên 3 liều, điều chỉnh lịch uống thuốc 1 lần, đủ 12 liều trong 14 tuần

Tuần	Thứ Hai	Thứ Ba	Thứ Tư	Thứ Năm	Thứ Sáu	Thứ Bảy	Chủ Nhật
1	28/1	29	30	31	1/2	2	3
2	4	5	6	7	8	9	10
3	11	12	13	14	15	16	17
4	18	19	20	21	22	23	24
5	25	26	27	28	1/3	2	3
6	4	5	6	7	8	9	10
7	11	12	13	14	15	16	17
8	18	19	20	21	22	23	24
9	25	26	27	28	29	30	31
10	1/4	2	3	4	5	6	7
11	8	9	10	11	12	13	14
12	15	16	17	18	19	20	21
13	22	23	24	25	26	27	28
14	29	30	1/5	2	3	4	5
15	6	7	8	9	10	11	12
16	13	14	15	16	17	18	19

6. BN quên 3 liều do không được theo dõi hàng tuần, uống đủ 12 liều trong 15 tuần

Tuần	Thứ Hai	Thứ Ba	Thứ Tư	Thứ Năm	Thứ Sáu	Thứ Bảy	Chủ Nhật
1	28/1	29	30	31	1/2	2	3
2	4	5	6	7	8	9	10
3	11	12	13	14	15	16	17
4	18	19	20	21	22	23	24
5	25	26	27	28	1/3	2	3
6	4	5	6	7	8	9	10
7	11	12	13	14	15	16	17
8	18	19	20	21	22	23	24
9	25	26	27	28	29	30	31
10	1/4	2	3	4	5	6	7
11	8	9	10	11	12	13	14
12	15	16	17	18	19	20	21
13	22	23	24	25	26	27	28
14	29	30	1/5	2	3	4	5
15	6	7	8	9	10	11	12
16	13	14	15	16	17	18	19

Các tình huống tuân thủ điều trị

7. BN quên 4 liều liên tục, điều trị lại hoặc đổi phác đồ khác

Tuần	Thứ Hai	Thứ Ba	Thứ Tư	Thứ Năm	Thứ Sáu	Thứ Bảy	Chủ Nhật
1	28/1	29	30	31	1/2	2	3
2	4	5	6	7	8	9	10
3	11	12	13	14	15	16	17
4	18	19	20	21	22	23	24
5	25	26	27	28	1/3	2	3
6	4	5	6	7	8	9	10
7	11	12	13	14	15	16	17
8	18	19	20	21	22	23	24
9	25	26	27	28	29	30	31
10	1/4	2	3	4	5	6	7
11	8	9	10	11	12	13	14
12	15	16	17	18	19	20	21

8. BN quên 4 liều, điều chỉnh lịch uống thuốc 2 lần, vẫn đánh giá hoàn thành điều trị

Tuần	Thứ Hai	Thứ Ba	Thứ Tư	Thứ Năm	Thứ Sáu	Thứ Bảy	Chủ Nhật
1	28/1	29	30	31	1/2	2	3
2	4	5	6	7	8	9	10
3	11	12	13	14	15	16	17
4	18	19	20	21	22	23	24
5	25	26	27	28	1/3	2	3
6	4	5	6	7	8	9	10
7	11	12	13	14	15	16	17
8	18	19	20	21	22	23	24
9	25	26	27	28	29	30	31
10	1/4	2	3	4	5	6	7
11	8	9	10	11	12	13	14
12	15	16	17	18	19	20	21
13	22	23	24	25	26	27	28
14	29	30	1/5	2	3	4	5
15	6	7	8	9	10	11	12
16	13	14	15	16	17	18	19

9. BN uống 11 liều liên tục, bỏ liều thứ 12 đến thời điểm tuần 16, không cần điều trị lại

Tuần	Thứ Hai	Thứ Ba	Thứ Tư	Thứ Năm	Thứ Sáu	Thứ Bảy	Chủ Nhật
1	28/1	29	30	31	1/2	2	3
2	4	5	6	7	8	9	10
3	11	12	13	14	15	16	17
4	18	19	20	21	22	23	24
5	25	26	27	28	1/3	2	3
6	4	5	6	7	8	9	10
7	11	12	13	14	15	16	17
8	18	19	20	21	22	23	24
9	25	26	27	28	29	30	31
10	1/4	2	3	4	5	6	7
11	8	9	10	11	12	13	14
12	15	16	17	18	19	20	21
13	22	23	24	25	26	27	28
14	29	30	1/5	2	3	4	5
15	6	7	8	9	10	11	12
16	13	14	15	16	17	18	19

Quản lý điều trị lao tiềm ẩn

21

Nguyên tắc điều trị:

- ▣ Dùng thuốc đúng liều lượng
- ▣ Dùng thuốc đều đặn
- ▣ Dùng thuốc đủ thời gian quy định

Quản lý điều trị lao tiềm ẩn

22

Chuẩn bị trước điều trị:

1. Tư vấn, giáo dục sức khỏe:

- Người bệnh đã nhiễm vi khuẩn lao, vi khuẩn trong cơ thể có thể nhân lên và gây bệnh khi cơ thể yếu đi
- Một số người có nguy cơ cao chuyển từ nhiễm lao thành bệnh lao như: người tiếp xúc hộ gia đình với BN lao phổi, người mắc các bệnh tiểu đường, bụi phổi, suy thận, bệnh hệ thống, người nhiễm HIV, BN chuẩn bị cấy ghép tạng, BN điều trị thuốc ức chế miễn dịch kéo dài...
- Hoàn thành điều trị lao tiềm ẩn có thể giảm nguy cơ mắc bệnh lao tới 90%
- BN cần uống thuốc đủ liệu trình, đúng liều lượng để đảm bảo hiệu quả điều trị
- Các thông tin về phản ứng bất lợi có thể gặp trong điều trị, đề nghị BN nên liên hệ ngay với nơi điều trị nếu như có bất kỳ vấn đề gì xảy ra liên quan đến điều trị LTA.
- Điều trị lao tiềm ẩn chỉ dùng 1 đến 2 loại thuốc trong khi điều trị bệnh lao phải dùng ít nhất 4 loại thuốc.
- Hậu quả của bỏ trị, không tuân thủ điều trị

Quản lý điều trị lao tiềm ẩn

23

Chuẩn bị trước điều trị:

2. Xét nghiệm chức năng gan cho một số nhóm đối tượng:

- ▣ Người có tiền sử bệnh lý gan như có tiền sử viêm gan siêu vi B hoặc C,
- ▣ Người uống rượu (hàng ngày),
- ▣ Người nhiễm HIV,
- ▣ Phụ nữ có thai, hoặc phụ nữ trong 3 tháng đầu sau sinh

Quản lý điều trị lao tiềm ẩn

24

Chuẩn bị trước điều trị:

Khi có kết quả xét nghiệm chức năng gan, xử trí cụ thể như sau:

- ❑ Kết quả bình thường hoặc men gan cao trên mức bình thường dưới 3 lần: điều trị LTA, cho XN chức năng gan hàng tháng, dặn BN quay lại khám ngay khi có các biểu hiện mệt mỏi, chán ăn, vàng da, mắt.... Trong quá trình theo dõi, nếu xét nghiệm chức năng gan thấy men gan cao > 3 lần giá trị bình thường: ngưng điều trị và theo dõi BN (Lao - tình trạng gan)
- ❑ Men gan cao ≥ 3 lần và < 5 lần mức bình thường, BN không có triệu chứng: có thể chỉ định điều trị sau khi đánh giá lâm sàng tình trạng chức năng gan và đánh giá các bệnh đồng nhiễm. Xét nghiệm chức năng gan 2 tuần 1 lần nếu men gan tiếp tục tăng hoặc xuất hiện các triệu chứng lâm sàng thì ngưng điều trị và tiếp tục theo dõi BN.
- ❑ Men gan cao ≥ 3 lần mức bình thường và có các triệu chứng lâm sàng hoặc men gan cao > 5 lần so với giá trị bình thường, không chỉ định điều trị, chỉ theo dõi BN.

Lưu ý: chỉ định bổ sung Vitamin B6 cho những người có nguy cơ mắc các bệnh lý thần kinh ngoại biên như: người suy dinh dưỡng, nghiện rượu, nhiễm HIV, suy thận, đái tháo đường, phụ nữ có thai, cho con bú khi điều trị các phác đồ có Isoniazid.

Quản lý điều trị lao tiềm ẩn

25

Theo dõi điều trị:

- Đăng ký điều trị LTA tại tuyến huyện, ghi tên người bệnh vào sổ ĐKĐT LTA
- Tái khám hàng tháng, cấp thuốc hàng tháng
- Theo dõi: dung nạp thuốc, biểu hiện tác dụng phụ của thuốc, đếm số viên thuốc còn lại, theo dõi sự xuất hiện các triệu chứng bệnh lao,
- Xét nghiệm chức năng gan cho các nhóm có chỉ định hoặc khi bệnh nhân có các biểu hiện ngộ độc gan hoặc các tác dụng phụ khác cần xét nghiệm chức năng gan,
- Cấp thuốc 1 tháng kế tiếp và hẹn ngày khám lại tháng sau
- Trẻ em: cân trẻ và điều chỉnh liều lượng thuốc theo cân nặng

Đánh giá kết quả điều trị

26

Phác đồ 6H

- ▣ Hoàn thành điều trị: trẻ dùng đủ 180 liều trong 6 tháng liên tục hoặc trong thời gian không quá 9 tháng
- ▣ Bỏ trị: bỏ thuốc từ 8 tuần liên tục hoặc trong 9 tháng không uống hết 180 liều thuốc

Phác đồ 9H

- ▣ Hoàn thành điều trị: dùng đủ 270 liều thuốc trong 9 tháng liên tục hoặc trong thời gian không quá 12 tháng
- ▣ Bỏ trị: bỏ thuốc từ 8 tuần liên tục hoặc trong 12 tháng không uống hết 270 liều thuốc

Đánh giá kết quả điều trị

27

Phác đồ 3RH

- Hoàn thành điều trị: dùng đủ 90 liều trong 3 tháng liên tục hoặc trong thời gian không quá 4 tháng
- Bỏ trị: bỏ thuốc từ 4 tuần liên tục hoặc trong 4 tháng không uống hết 90 liều thuốc

Phác đồ 3HP

- Hoàn thành điều trị: dùng đủ 12 liều trong 12 tuần liên tục hoặc trong thời gian không quá 16 tuần
- Bỏ trị: bỏ thuốc từ 4 tuần liên tục hoặc trong 16 tuần không uống hết 12 liều thuốc

ĐT LTA ở Phụ nữ mang thai và cho con bú

28

- ❑ Không hoàn toàn chống chỉ định đối với điều trị lao tiềm ẩn, nguy cơ đối với người mẹ và thai nhi từ việc dùng thuốc nên được cân nhắc.
- ❑ Ưu tiên sử dụng phác đồ 9H cho phụ nữ mang thai và cho con bú
- ❑ Uống bổ sung 10-25 mg/ngày pyridoxine (vitamin B6).
- ❑ Có khả năng nguy cơ ngộ độc gan sẽ tăng trong quá trình mang thai và 2-3 tháng đầu sau sinh, cần thực hiện xét nghiệm chức năng gan theo dõi tại những thời điểm này.
- ❑ Nếu không có các yếu tố nguy cơ (HIV, suy giảm miễn dịch...) có thể chờ tới 2-3 tháng sau khi sinh nở mới bắt đầu điều trị để tránh việc dùng thuốc trong thời gian mang thai

ĐT LTA ở Người cao tuổi (≥ 60 tuổi)

29

- Không có chống chỉ định điều trị LTBI
- Cần cân nhắc tác dụng độc hại của thuốc với tuổi tác. Và cân bằng lợi ích của việc điều trị với các tác dụng có hại của thuốc.
- Độc hại đối với gan tăng theo tuổi khi sử dụng isoniazid, tác dụng phụ hiếm xảy ra ở BN dưới 35 tuổi, phổ biến hơn nhưng vẫn thấp với BN từ 35 đến 50 tuổi, và tăng hơn với BN trên 50 tuổi.
- Cần cân bằng việc điều trị với các nguy cơ phơi nhiễm, nguy cơ bùng phát lao tiến triển, hoặc xét theo từng trường hợp.

ĐT LTA ở Người nhiễm HIV

30

- ❑ Điều trị lao tiềm ẩn làm giảm số lượng BN lao mới trong số những người nhiễm HIV từ 33-64%.
- ❑ Tỷ lệ mắc lao mới giảm tới 80-95% khi điều trị lao tiềm ẩn kết hợp điều trị ART.
- ❑ Điều trị lao tiềm ẩn sớm góp phần làm giảm tỷ lệ chết trong nhóm người nhiễm HIV tới 37% (không phụ thuộc ART, theo dõi trong khoảng thời gian trung bình 4.9 năm)
- ❑ Tất cả những người nhiễm HIV đều phải được điều trị lao tiềm ẩn bất kể tình trạng tế bào CD4, đang điều trị ART hay không.
- ❑ Thận trọng khi điều trị phối hợp ARV vì có hiện tượng tương tác thuốc giữa Rifampicin với các thuốc ức chế men sao chép ngược Non-nucleoside và các thuốc ức chế men protease, trong trường hợp có tương tác thuốc, có thể sử dụng Rifabutin thay thế (nếu có)
- ❑ Ưu tiên lựa chọn công thức ngắn hạn cho người HIV (+) do khả năng tuân thủ điều trị của nhóm BN này thường thấp.

ĐT LTA ở người có tiền sử bệnh lý gan

31

Lưu ý thử chức năng gan trước khi tiến hành điều trị:

- Kết quả bình thường hoặc men gan cao trên mức bình thường dưới 3 lần: chỉ định điều trị LTA. và cho XN chức năng gan hàng tháng, dặn BN quay lại khám ngay khi có các biểu hiện mệt mỏi, chán ăn, vàng da, mắt.... Trong quá trình theo dõi điều trị, nếu xét nghiệm chức năng gan thấy men gan tiếp tục tăng cao > 3 lần giá trị bình thường: ngưng điều trị và theo dõi BN (Lao - tình trạng gan)
- Men gan cao > 3 lần và < 5 lần mức bình thường: có thể chỉ định điều trị sau khi đánh giá lâm sàng tình trạng gan cẩn thận. Xét nghiệm chức năng gan 2 tuần 1 lần nếu men gan tiếp tục tăng thì ngưng điều trị và tiếp tục theo dõi BN.
- Cao > 5 lần so với giá trị bình thường, không chỉ định điều trị, chỉ theo dõi.

Người chuẩn bị ghép tạng, ghép tạng và hiến tạng

32

Người chuẩn bị ghép tạng:

- Cần được khám phát hiện chẩn đoán lao tiềm ẩn kỹ càng, nếu đã có kết quả Mantoux/ IGRA dương tính trước đây thì cần có kết quả chẩn đoán loại trừ bệnh lao hoạt động để điều trị lao tiềm ẩn càng sớm càng tốt.
- Những trường hợp đã có tiền sử điều trị lao tiềm ẩn trước đây thì không cần điều trị lại nhưng cần khám chẩn đoán để loại trừ bệnh lao hoạt động trước khi ghép tạng.
- Cần điều trị lao tiềm ẩn cho người chuẩn bị ghép tạng càng sớm càng tốt trước khi tiến hành điều trị giảm miễn dịch, ưu tiên áp dụng các phác đồ ngắn hạn 3HP cho người chuẩn bị ghép tạng chưa điều trị giảm miễn dịch. Với bệnh nhân đã điều trị giảm miễn dịch thì ưu tiên sử dụng phác đồ 9H để tránh tương tác của Rifampicin hoặc Rifapentin với các thuốc ức chế miễn dịch

Người chuẩn bị ghép tạng, ghép tạng và hiến tạng

33

Người hiến tạng:

- Thực hiện chẩn đoán, điều trị lao tiềm ẩn với người hiến tạng trước khi phẫu thuật hiến tạng, ưu tiên sử dụng phác đồ ngắn hạn 3HP với người hiến tạng,
- Nếu không kịp điều trị lao tiềm ẩn thì việc khám phát hiện chẩn đoán lao tiềm ẩn và chẩn đoán bệnh lao hoạt động vẫn tiến hành, nếu phát hiện bệnh lao hoạt động ở người hiến tạng thì cần đình chỉ phẫu thuật hiến tạng cho tới khi bệnh lao được điều trị khỏi. Điều trị lao tiềm ẩn có thể tiến hành sau khi hiến tạng.
- Với người hiến tạng đã chết, cần hỏi tiền sử bệnh lao, trước đây, tiền sử tiếp xúc bệnh nhân lao phổi trong thời gian 2 năm gần đây để có những cân nhắc phù hợp.

Người chuẩn bị ghép tạng, ghép tạng và hiến tạng

34

Người đã được ghép tạng:

- Với những bệnh nhân đủ điều kiện nhưng chưa điều trị thì cần điều trị lao tiềm ẩn càng sớm càng tốt khi tình trạng bệnh nhân đã ổn định sau khi ghép tạng.
- Với những bệnh nhân chưa có kết quả xét nghiệm chẩn đoán lao tiềm ẩn thì cần tiến hành làm Mantoux/IGRA, kết quả Mantoux dương tính khi đường kính ngang nốt sẵn đo được $\geq 5\text{mm}$, nếu chẩn đoán loại trừ bệnh lao thì tiến hành điều trị lao tiềm ẩn.
- Thời gian điều trị lao tiềm ẩn lý tưởng nhất cho người ghép tạng là trong vòng 1 năm đầu tiên sau khi ghép tạng khi tình trạng miễn dịch suy giảm nhất.
- Công thức điều trị ưu tiên áp dụng với những bệnh nhân ghép tạng là công thức 9H

TRÂN TRỌNG CẢM ƠN

